Hommage de l'auteur
Dr Dianoux

Extrait des Archives d'ophtalmologie, septembre octobre 1883.

4.

DE LA MALAXATION DE L'ŒIL

APRÈS LA SCLÉROTOMIE

Par le Dr Dianoux

professeur chargé de la Clinique ophtalmologique à l'École de médecine de Nantes.

Je ne m'expose, je crois, à être contredit par aucun ophtalmologiste en posant en principe que la sclérotomie supplantera définitivement l'iridectomie, du jour où elle aura établi, sans contestation possible, sa puissance curative. Cette préférence, elle la méritera pour des raisons sérieuses, dont la principale est la bénignité relative de l'opération comparée aux graves complications qui peuvent suivre l'iridectomie, pratiquée même par la main la plus habile, soit immédiatement, soit consécutivement. Que ceux à qui il est arrivé de voir, après une iridectomie irréprochablement effectuée, le cristallin sortir suivi de corps vitré et de sang, se rappellent les tristes réflexions qu'ils ont faites ! Que ceux qui ont opéré un œil atteint de glaucome chronique, dont le champ visuel très restreint présentait une lacune confinant à la macula, mais dont l'acuité visuelle était encore passable, se rappellent les amers regrets de leur opéré, pour qui la perte de vision centrale avait été le résultat le plus net de l'intervention. Tous ceux-là, et c'est je crois un bien grand nombre, ne pourront qu'accueillir avec faveur un nouveau procédé, qui leur enlève les préoccupations auxquelles ils ont dû se trouver en proie, lorsque leur devoir professionnel les portait à conseiller une

165079

opération, qu'au fond du cœur ils eussent bien préféré ne pas entreprendre.

Perte immédiate de l'œil, perte de la vision centrale, diminution de l'acuité visuelle, suite de la création d'une pupille artificielle et de l'astigmatisme cornéen consécutif, subluxation du cristallin, tels sont les principaux dangers auxquels expose l'iridectomie et que la sclérotomie permet d'éviter.

Pourquoi donc celle-ci n'est-elle pas, dès maintenant, universellement adoptée d'une manière exclusive? C'est que l'on doute de son efficacité; on est même allé jusqu'à prétendre que ce qui agissait dans la sclérotomie c'était l'ésérine, dont l'emploi concomitant est nécessairement indiqué. D'où vient cette divergence de vue? L'explication m'en paraît très aisée. Chacun juge des résultats de l'opération d'après ses statistiques personnelles, porté à l'enthousiasme quand il a réussi, sceptique quand il a éprouvé ce qu'on est convenu d'appeler des mécomptes. Or, après avoir vu personnellement opérer un grand nombre de mes confrères les plus célèbres, je crois pouvoir dire qu'un tout petit nombre seulement savent faire la sclérotomie, qui est peut-être la plus délicate de toutes les opérations qu'on ait à pratiquer sur l'œil, et si de Wecker a montré tant d'ardeur à vulgariser une opération qu'il a faite sienne, s'il a publié des statistiques si encourageantes, c'est que, en réalité, il exécute l'opération par un procédé supérieur; je tiens ici à lui rendre cet hommage pour des leçons qui m'ont été si utiles. Rien ne ressemble moins à une sclérotomie qu'une autre sclérotomie entre des mains différentes, et si les mécomptes surviennent, si le glaucome reprend peu après sa marche progressive, c'est que le chirurgien, croyant avoir fait la sclérotomie, a tout simplement fait une double paracentèse, opération qui ne possède, nous le savons depuis longtemps, qu'un effet purement palliatif et transitoire.

Une sclérotomie est une opération qui consiste à créer, dans la région du ligament pectiné, une cicatrice à filtration : telle est, je crois, la définition exacte. Le reste est une conséquence forcée. Le débridement doit porter sur le ligament pectiné, parce que c'est par là que se fait le courant normal de filtration, et qu'il vaut mieux rétablir une ancienne voie qu'en créer une nouvelle; l'incision porte dans la sclérotique, parce que c'est le seul point où l'on puisse atteindre le liga-

ment ; enfin, les incisions faites par le couteau, et mesurant une hauteur de 2 millimètres et demi au moins, doivent être réunies par une rigole profonde intéressant les trois quarts de l'épaisseur de la sclérotique, parce que des incisions moins longues non réunies par une rigole ne permettent pas un écartement suffisant des lèvres de la plaie et, par suite, ne tardent pas à se cicatriser comme de simples ouvertures faites avec l'aiguille à paracentèse, d'où absence de cicatrice à filtration. Enfin, il faut instiller l'ésérine avant et après, parce qu'elle contracte la pupille, du moins quand l'iris n'est pas atrophié, augmente la profondeur de la chambre antérieure et diminue la tension intra-oculaire.

Le but de l'opération, sa raison d'être, devrais-je dire, est de créer une cicatrice à filtration ; là-dessus, point n'est besoin d'insister, l'accord est fait ou ne tardera pas à se faire, quelles que soient d'ailleurs les idées qu'on adopte sur la cause première du glaucome. Les observations cliniques confirment de tous points les intéressantes expériences faites en Allemagne sur la marche des courants de nutrition de l'œil, et sur le rôle des espaces de Fontana. Sans penser au glaucome, sans doute, Ranvier en a expliqué le mécanisme histologique en établissant que les travées du réticulum, qui constituent le ligament pectiné, allaient s'épaississant avec l'âge et pouvaient, chez le vieillard, devenir moniliformes et comme verruqueuses (Ranvier, Cornée, p. 337, 339), les mailles devenant nécessairement de plus en plus étroites. De nombreux anatomo-pathologistes ont montré l'oblitération de cet angle par l'adhérence de la face antérieure de l'iris refoulé en avant. (Ce point sera étudié avec tout le soin qu'il comporte dans la thèse d'un de mes élèves.) Tout concourt donc à faire admettre que si, dans le glaucome, il y a excès de pression, la cause en est dans une insuffisance des voies de filtration ; tout concourt donc à indiquer la nécessité de rétablir une voie de filtration, mais large et permanente, une soupape de sûreté. Cette voie, la sclérotomie peut la fournir ; d'où vient donc que la sclérotomie, même dans les mains de Wecker, ne donne parfois que des résultats transitoires, et qu'il faille y recourir plusieurs fois dans des cas encore trop nombreux ?

Cela tient évidemment à ce que la sclérotomie, même bien

pratiquée, n'est point une opération parfaite, et que si elle est la meilleure manière, ou du moins la moins dangereuse, de frayer une issue sous-conjonctivale aux liquides de l'œil, par elle seule elle peut parfois, avouons-le, assez souvent même, n'avoir pas un effet assez prolongé. Je ne m'arrêterai pas aux expériences de soi-disant pathologie expérimentale de Shœler. Ce professeur fait des sclérotomies à des lapins bien portants, puis les sacrifie et ne trouve plus traces de l'opération pratiquée, même avec le secours de microscope. Il en conclut que la sclérotomie ne crée aucune espèce de cicatrice à filtration. Autant vaudrait nier l'influence d'une uréthrotomie interne, sous prétexte qu'une incision faite dans l'urèthre d'un lapin épargné par les malheurs de l'amour libre se cicatrise dans toute son étendue.

Il est rationnel de penser que si, après la sclérotomie, les lèvres de la plaie et la rigole intermédiaire ne se cicatrisent pas dans toute leur étendue, c'est que, les issues étant rétrécies partout ailleurs, le courant des liquides oculaires se porte vers les points débridés et les maintient dans un écart suffisant. D'autre part, la sclérotomie a presque toujours été pratiquée pour combattre le glaucome chronique simple, et cependant le plus simple raisonnement démontre que c'est bien dans ces cas qu'elle a toutes les chances d'échouer, tandis qu'au contraire le glaucome aigu lui présente de bien meilleures conditions de réussite.

En effet, dans le glaucome chronique simple, rien de plus variable que l'état de la tension intra-oculaire ; forte un jour, elle est presque normale le lendemain. Si l'on veut bien considérer que l'on opère presque toujours pendant ces périodes de tension moyenne, que l'on s'efforce de maintenir par les instillations d'ésérine, l'on comprendra aisément que le faible état de tension de l'œil réagisse faiblement sur les parties débridées, et que, dès lors, se trouvent réalisées les meilleures conditions pour qu'une adaptation exacte des points avivés correspondants amène une cicatrice qui présente peu de tendance à se laisser distendre quand reviendra une période de forte tension.

Les conditions dans le glaucome aigu sont précisément l'in-

verse; elles doivent donc, *a priori*, réaliser pour la sclérotomie de bien meilleurs éléments de réussite.

Logiquement donc, la sclérotomie présente, dans le glaucome chronique, de faibles chances de succès, et doit se montrer avec tous ses avantages dans le glaucome aigu.

Il me paraît impossible que cette déduction ne se soit pas imposée à l'esprit de la plupart des chirurgiens. Si donc la sclérotomie n'a que fort rarement été employée dans le glaucome aigu, cela tient à ce que, sûr du résultat de l'iridectomie, le chirurgien préférait ne pas courir à l'incertain, même avec toute la logique du monde, et laisser à d'autres le soin de l'édifier. Je dirai, dans un autre travail, les considérations qui m'ont porté à plus de hardiesse, et qui, en me permettant d'enregistrer trois succès brillants, mettaient ma conscience à l'abri de tout reproche.

Si le glaucome chronique présente à la sclérotomie de faibles chances de succès durable, comme d'autre part le glaucome aigu est, heureusement, une affection assez rare, autant vaut s'en tenir alors à l'iridectomie qui, dans les deux cas, présente des chances de résultat plus définitif. Je n'accepte pas, pour ma part, cette conclusion pour deux motifs : d'abord, en raison des dangers de l'iridectomie, que j'ai exposés au commencement de cette note; ensuite, et surtout parce que je considère comme facile de rendre la sclérotomie aussi sûre dans son action que l'iridectomie, et cela en la complétant par l'emploi des moyens mêmes qu'emploie la nature quand la cicatrice à filtration doit persister.

C'est à l'excès de pression sur les lèvres de la plaie qu'est due leur cicatrisation isolée et leur indépendance définitive; c'est à l'excès de pression artificiellement produit que nous devons demander de réaliser ces conditions salutaires dans tous les cas de sclérotomie.

Dès le soir même de l'opération, il suffit, en se plaçant en face de l'opéré, d'exercer une série de pressions sur le globe de l'œil avec la pulpe des deux index, comme lorsqu'on interroge la tension intra-oculaire, pour disjoindre les lèvres agglutinées des plaies faites le matin, et même pour déterminer l'évacuation d'une partie de l'humeur aqueuse. Si l'on a soin de répéter cette même manœuvre matin et soir pendant les

cinq ou six premiers jours, il suffit de faibles pressions pour voir sourdre, aux angles de la plaie sclérotícale, le liquide de la chambre antérieure sous forme de deux bosselures qui soulèvent de plus en plus la conjonctive, en raison directe avec l'intensité et la durée de la pression; tout au moins peut-on arriver à diminuer notablement la tension de l'œil qu'on sent se réduire sous les doigts. On arrive à ce résultat aussi bien en malaxant les points du globe voisins de la section, que ceux qui lui sont directement opposés. Cette manœuvre est, en général, très bien supportée par les opérés, qui apprennent facilement à la pratiquer eux-mêmes, ce que je leur recommande de faire exactement matin et soir. La durée et l'intensité de la pression doivent être suffisantes pour produire une saillie à l'endroit correspondant à la section de la sclérotique. Je ne laisse jamais partir un malade sans lui avoir fait répéter, en ma présence, plusieurs fois la manœuvre que je viens de décrire, et m'être ainsi assuré qu'il exécutera bien ma prescription.

Le massage, exécuté d'après la méthode de Pagenstecher, m'a paru absolument incapable de reproduire l'entrebâillement désiré de la cicatrice. C'est à ce que j'appellerai la malaxation que j'ai dû m'arrêter, sans vouloir le moins du monde établir une distinction subtile entre les deux manières de faire, ni refuser à mon très honoré confrère le mérite d'avoir le premier érigé le massage en méthode. J'avoue même, très volontiers, que c'est la pratique du massage qui m'a conduit à l'emploi de la malaxation comme moyen plus énergique.

Un fait intéressant, que j'ai souvent eu l'occasion de constater, c'est qu'il est rare de conserver l'entre-bâillement dans les deux cicatrices sclérotícales. Au bout de quelques jours déjà, l'on constate que l'une des cicatrices se laisse dilater, et, après plusieurs mois, une seule reste habituellement manifestement perméable; fait singulier, c'est toujours la partie de la cicatrice située à la gauche de l'opéré, sans doute parce que ce point correspond à l'index droit du médecin lors de la manœuvre de la malaxation, et que la pression est plus forte exercée par ce doigt. A cet égard, l'intelligence, la bonne volonté des malades jouent le plus grand rôle, et pour obtenir le maximum de concours de leur part, je

considère comme absolument essentiel de leur faire comprendre, autant que possible, le mécanisme de la lésion qui a causé leur maladie, et le mode d'action du remède.

Par ce perfectionnement, on arrivera à rendre l'action définitive de l'opération bien plus durable. Est-ce à dire qu'il faille proclamer la curabilité absolue du glaucome? Hélas! non, car le glaucome est une maladie complexe, où l'augmentation de la tension intra-oculaire n'est qu'un élément, le plus important, du moins le plus impérieux, mais non le seul. Nous ne devons jamais oublier qu'un glaucomateux est un malade arrivé à la période de dégénérescence des organes, chez qui le système cardio-vasculaire présente les altérations sclérreuses précipitées par l'arthritisme peut-être, et qui se résume dans le mot de sclérose sénile.

Paris. — Typ. de A. Parent, A. Davy, successeur,
29-31, rue Monsieur-le-Prince.